

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Hipertensi menurut *Joint National Committee 7(JNC7)* adalah peningkatan tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg dan tekanan darah diastolik lebih dari 90mmHg pada dua kali atau lebih pengukuran dengan selang waktu 5 menit dalam keadaan cukup istirahat/tenang dalam dua atau lebih kunjungan(1). Peningkatan tekanan darah yang berlangsung lama tanpa pengobatan dapat menimbulkan gagal jantung, gagal ginjal, dan gangguan pada pembuluh darah perifer(2).

Hipertensi merupakan salah satu penyakit tidak menular yang hingga kini masih merupakan salah satu masalah terbesar dalam dunia kesehatan, baik nasional maupun internasional. Menurut *World Health Organization (WHO)*, hipertensi bertanggungjawab terhadap 45% angka kematian akibat penyakit jantung dan 51% kematian akibat *stroke*. Penyakit kardiovaskular diperkirakan menyebabkan kematian sebanyak 17 juta pertahun, yakni hampir sepertiga dari total kematian pertahun. Dari angka tersebut, komplikasi hipertensi adalah sebanyak 9.4 juta setiap tahun di

seluruh dunia(3). Selain menyebabkan kematian, hipertensi juga mempengaruhi kualitas hidup pasien. Kualitas hidup yang terkait dengan kesehatan (*health-related quality of life/HRQoL*) pasien dengan hipertensi lebih buruk dibandingkan orang sehat, dan bergantung pada tekanan darah, kerusakan organ target, penyakit yang menyertai (termasuk obesitas), dan terapi (baik farmakologi maupun non-farmakologi)(4).

Di Indonesia, berdasarkan data dari Direktorat Pengendalian Penyakit Tidak Menular, Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan dari tahun 2009-2010, hipertensi berada di urutan ke-5 penyakit dengan tingkat kefatalan yang menyebabkan kematian berdasarkan *Case Fatality Rate* (CFR). Hal ini disertai dengan peningkatan CFR dari tahun 2009 sebanyak 3% menjadi 3.5% pada tahun 2010(5).

Berdasarkan hasil Riskesdas tahun 2007, prevalensi nasional hipertensi berdasarkan pengukuran pada usiasama dengan atau lebih 18 ( $\geq 18$ ) tahun adalah 31.7%, kemudian pada tahun 2013 menurun sebanyak 5.9% menjadi 25.8%. Asumsi terjadi penurunan bisa bermacam-macam mulai dari alat pengukur tekanan darah yang berbeda sampai pada kemungkinan masyarakat sudah mulai datang berobat ke fasilitas kesehatan. Terjadi peningkatan prevalensi

hipertensi berdasarkan wawancara (yaitu pernah didiagnosis tenaga kesehatan dan minum obat hipertensi) dari 7.6% pada tahun 2007 menjadi 9.5% pada tahun 2013. Prevalensi hipertensi pada usia  $\geq 18$  tahun di Indonesia yang didapat melalui jawaban pernah didiagnosis tenaga kesehatan sebesar 9.4%, sedangkan yang pernah didiagnosis tenaga kesehatan atau sedang minum obat hipertensi sebesar 9.5%. Prevalensi hipertensi di Indonesia berdasarkan hasil pengukuran pada usia  $\geq 18$  tahun adalah sebesar 25.8%. Responden yang mempunyai tekanan darah normal tetapi sedang minum obat hipertensi sebesar 0.7%. Jadi prevalensi hipertensi di Indonesia sebesar 26.5% ( $25.8\% + 0.7\%$ )(6).

Prevalensi hipertensi yang tinggi ini, baik di tingkat dunia maupun tingkat nasional ini adalah karena gaya hidup yang tidak sehat, seperti pola makan, kurang olahraga, dan lain-lain. Faktor risiko hipertensi dibagi menjadi dua, yakni faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi dan faktor risiko yang dapat dimodifikasi. Yang termasuk faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi adalah usia, jenis kelamin, riwayat keluarga/genetik, dan ras, sedangkan faktor risiko yang dapat dimodifikasi adalah kebiasaan merokok, konsumsi garam, konsumsi lemak jenuh, penggunaan jelantah, kebiasaan

konsumsi minum-minuman beralkohol, obesitas, kurang aktifitas fisik, stres, penggunaan estrogen(7).

Penggunaan alkohol dalam jumlah yang berlebih merupakan faktor risikodari berbagai masalah kesehatan maupun sosial, termasuk hipertensi(2).Konsumsi alkohol adalah kebiasaan mengkonsumsi minuman yang mengandung alkohol dari subjek penelitian dalam waktu minimal 12 bulan terakhir yang diperinci berdasarkan riwayat konsumsi, frekuensi, jumlah, dan lama konsumsi(8). Menurut 2015-2020 *Dietary Guidelines for Americans*, konsumsi alkohol yang masih diperbolehkan adalah 1 gelas perhari untuk wanita dan 2 gelas perhari untuk laki-laki. Dengan asumsi 1 gelas alkohol setara dengan 12 *fluid ounce(fl oz)* bir (mengandung 5% alkohol), 5 fl oz anggur (mengandung 12% alkohol), atau 1.5 fl oz minuman keras, seperti vodka, gin, whiskey (mengandung 40% alkohol)(9). Satu fl oz setara dengan 29.5735 milliliter (ml) atau sama dengan 2 sendok makan(10). Kandungan alkohol dalam arak/moke/sopi, salah satu minuman tradisional yang terdapat di Indonesia adalah 50%, dengan demikian jumlah arak yang masih boleh dikonsumsi adalah 1.2 fl oz atau sama dengan 35.4882 ml(11).

Mekanisme hipertensi akibat konsumsi alkohol masih sukar dipahami. Beberapa mekanisme yang diduga dapat menyebabkan

hipertensi adalah peningkatan aktivitas sistem saraf simpatis, stimulasi sistem renin-angiotensin-aldosteron, peningkatan aktivitas kalsium intraseluler, oksidatif stress dan disfungsi endotel(12).

Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007, prevalensi hipertensi maupun prevalensi konsumsi alkohol di Kabupaten Flores Timur cukup tinggi (prevalensi hipertensi dan prevalensi konsumsi alkohol di Kabupaten Flores Timur dicantumkan pada poin 1.2). Oleh karena itu, peneliti tertarik untuk meneliti, kemungkinan terdapat korelasi antara pola konsumsi minuman beralkohol dengan kejadian hipertensi di Kabupaten Flores Timur.

## **1.2 Identifikasi Masalah**

Berdasarkan hasil Riskesdas 2013, Kabupaten Flores Timur merupakan salah satu kabupaten di Provinsi Nusa Tenggara Timur (NTT) dengan prevalensi hipertensi yang cukup tinggi, yaitu berada di urutan ke-2 dari 21 kabupaten di Provinsi NTT. Menurut hasil pengukuran, prevalensi hipertensi di Kabupaten Flores Timur adalah sebesar 28.3%(13). Selain itu, berdasarkan data Dinas Kesehatan

Kabupaten Flores Timur pada tahun 2015, hipertensi berada pada urutan ke-4 jumlah kasus terbanyak yakni sejumlah 3557 kasus(14).

Alkohol merupakan salah satu faktor risiko hipertensi yang dapat dimodifikasi. Berdasarkan hasil Riskesdas tahun 2007, prevalensi konsumsi alkohol dalam 12 bulan terakhir di Kabupaten Flores Timur adalah 14.9%(15). Salah satu penyebab konsumsi alkohol yang tinggi di Kabupaten Flores Timur adalah karena dalam berbagai upacara adat, tuak (salah satu minuman tradisional beralkohol yang terbuat dari sadapan nira kelapa maupun enau) merupakan salah satu bahan yang harus disiapkan(16).

Berdasarkan wawancara dan survei awal yang dilakukan peneliti pada tanggal 6-12 Januari 2017 kepada 20 orang responden laki-laki berusia 25-64 tahun di Desa Hokeng Jaya, Kabupaten Flores Timur, jenis minuman beralkohol yang paling sering dikonsumsi oleh masyarakat di Desa Hokeng Jaya adalah minuman tradisional beralkohol, yakni tuak dan arak. Minuman beralkohol yang diproduksi pabrik seperti bir dikonsumsi dalam frekuensi yang sangat jarang, hanya kira-kira 1 sampai 2 kali setahun. Dari 20 orang responden yang diwawancarai peneliti, sebanyak 17 responden

mengkonsumsi kedua jenis minuman beralkohol tradisional, 1 orang hanya mengonsumsi tuak, dan 2 orang hanya mengonsumsi arak.

Responden mengatakan, alasan mereka mengonsumsi tuak dan arak adalah karena kedua jenis minuman tradisional itu dapat diusahakan sendiri. Selain itu, dengan mengonsumsi tuak maupun arak, responden mengaku mereka menjadi lebih bersemangat dalam menjalankan pekerjaan mereka. Melihat prevalensi hipertensi yang tinggi di Kabupaten Flores Timur dan pola konsumsi alkohol pada masyarakat Desa Hokeng Jaya, Kabupaten Flores Timur, maka peneliti tertarik untuk meneliti korelasi antara pola konsumsi minuman tradisional beralkohol dengan kejadian hipertensi pada laki-laki berusia 25-64 tahun di Desa Hokeng Jaya, Kabupaten Flores Timur.

### **1.3 Rumusan Masalah**

Bagaimana korelasi antara pola konsumsi minuman tradisional beralkohol dengan kejadian hipertensi pada laki-laki berusia 25-64 tahun di Desa Hokeng Jaya, Kabupaten Flores Timur?

## **1.4 Tujuan Penelitian**

### **1.4.1 Tujuan Umum**

Menganalisis korelasi antara pola konsumsi minuman tradisional beralkohol dengan kejadian hipertensi pada laki-laki berusia 25-64 tahun di Desa Hokeng Jaya, Kabupaten Flores Timur.

### **1.4.2 Tujuan Khusus**

1. Mengetahui data tekanan darah penduduk laki-laki berusia 25-64 tahun di Desa Hokeng Jaya.
2. Mengetahui pola konsumsi minuman tradisional beralkohol pada laki-laki berusia 25-64 tahun di Desa Hokeng Jaya.
3. Menganalisis korelasi antara pola konsumsi minuman tradisional beralkohol dengan kejadian hipertensi pada laki-laki berusia 25-64 tahun di Desa Hokeng Jaya.

## **1.5 Manfaat Penelitian**

### **1.5.1 Manfaat Teoritis**

Menambah pengetahuan mengenai teori pengaruh pola konsumsi minuman tradisional beralkohol terhadap tekanan darah.



## **1.5.2 Manfaat Praktis**

### **1. Bagi Masyarakat**

Memberikan informasi mengenai salah satu faktor risiko hipertensi berdasarkan pola konsumsi minuman tradisional beralkohol di Desa Hokeng Jaya.

### **2. Bagi Masyarakat Ilmiah dan Dunia Kedokteran**

Dapat dijadikan referensi dalam menambah wawasan dan ilmu pengetahuan tentang korelasiantara pola konsumsi minuman tradisional beralkohol dengan kejadian hipertensi.

### **3. Bagi Peneliti**

Menambah pengetahuan, pengalaman dan sebagai sarana menerapkan pengetahuan yang telah diperoleh di Fakultas Kedokteran Universitas Katolik Widya Mandala Surabaya.